De Clérambault

Psicois basadas en el automatismo (Primer artículo: 1925)

Resumen

1º) Las Psicosis Crónicas de Persecución, llamadas Sistemáticas Progresivas, no deben ser estudiadas aisladamente, sino junto con las Psicosis Alucinatorias Crónicas de Hipocondría, de Posesión y de Influencia.

2º) Su fuente no se encuentra en la ideación ni tampoco en la afectividad: reconocen un origen histológico. Los elementos considerados hasta ahora como esenciales (temas ideativos, tonalidad afectiva, grado de sistematización) son accesorios. Lo primordial es el elemento alucinatorio.

3º) Las Psicosis Alucinatorias Crónicas llamadas Sistemáticas, sea cual fuere su género, son resultado de procesos mecánicos extraconscientes, y no productos de la conciencia. Dichos procesos son secuelas de lesiones infecciosas, tóxicas, traumáticas o esclerosantes, sólo que son las más tardías, las más sutiles y las más sistematizadas de todas las secuelas neurológicas.

4º) De este modo estas Psicosis se reintegran a la neurología.

I. Construcción de las psicosis alucinatorias llamadas Sistemáticas

El término *automatismo mental* es susceptible de aceptaciones más o menos vastas: provisoriamente, y a falta de algo mejor, lo empleamos en un sentido extremadamente restringido, para designar cierto síndrome clínico que contiene fenómenos automáticos de tres órdenes: motor, sensitivo e ideoverbal. Este síndrome engloba a todos los tipos de alucinación conocidos; sin embargo, el término automatismo verbal es más comprensivo que el término *alucinación*, como se verá en seguida.

De acuerdo a nuestro criterio, este síndrome es el elemento inicial, fundamental, generador de las psicosis alucinatorias crónicas, llamadas *psicosis sistematizadas y progresivas*. La idea dominante de la psicosis no es su generadora, aunque la Psicología común parezca indicarlo y la Psiquiatría clásica lo confirme. El núcleo de dichas psicosis está en el automatismo, siendo la ideación secundaria.

En esta concepción, la fórmula clásica de las psicosis se invierte.

De este modo, el delirio de persecución alucinatorio no deriva de la idea de persecución, la idea de persecución no crea las alucinaciones: son las alucinaciones las que crean las ideas de persecución. Veremos incluso que no bastan por sí solas para suscitar el carácter persecutorio; allí donde tal carácter está claramente desarrollado, es porque preexistía el automatismo bajo la forma ya sea de paranoia, ya sea de psicosis interpretativa, una psicosis de persecución completa, es decir con trastornos sensoriales por una parte y trastornos profundos de la afectividad, por otra parte. Es una simbiosis de dos procesos diferentes.

Pero en la mayoría de los casos tal simbiosis no existe: la mayor parte de los perseguidos alucinados son falsos perseguidos. Por otro lado, veremos que los primeros trastornos experimentados en el terreno ideoverbal (especialmente eco del pensamiento) son de tenor neutro y pueden persistir mucho tiempo, en ocasiones incluso indefinidamente, sin modificar el carácter del enfermo y sin el agregado de delirio (alucinosis pura).

Enseguida aportaremos algunos complementos a este esquema.

La concepción que exponemos reintegra las psicosis llamadas sistemáticas dentro de los marcos de la patología general. Tiene la ventaja, en la práctica, de suministrarnos un plan simple y criterios seguros para el interrogatorio de los enfermos.

II. Origen de las alucinaciones

El contenido ideativo de las alucinaciones ideoverbales tiende siempre a hacernos olvidar, que lo único que importa científicamente es su mecanismo. Deben ser encaradas sólo en bloque y asimiladas, en naturaleza, a las alucinaciones sensitivas de todo tipo, y a las alucinaciones motrices, constituyendo estos tres grupos un triple automatismo de origen unívoco.

Tal triple automatismo es una secuela tardía de infección o de intoxicación. Incluso puede sospecharse traumatismo en algunos casos; pero retengamos solamente las dos primeras causas.

El proceso alucinatorio crónico es una secuela lejana de infecciones agudas olvidadas o que pasaron incluso desapercibidas: difteria, fiebre tifoidea, encefalitis epidémica, gripe, trastornos puerperales, sífilis que hayan evolucionado sin P.G. y sin focos. Puede ser también el resultado de una intoxicación crónica exógena (alcohol, café) o endógena (trastornos endócrinos, especialmente basedowismo, menopausia natural o quirúrgica). La revisión estadística de los casos muestra tales antecedentes en una proporción tan elevada, que aparecen como causa mayor del proceso, sin contar las condiciones constitucionales más que como predisponentes, el menos en la mayoría a de los casos.

El proceso alucinatorio sería así una secuela tardía y sutil, resultado de electividades insidiosas y sistemáticas. Intentaremos explicar tales características.

El ataque sufrido por las células es sutil y sistemático, porque son golpeadas a una edad avanzada y después de un largo período preparatorio. Las condiciones de la defensa de las células nerviosas pueden ser resumidas de este modo:

1º) Las células más inferiores del eje neuronal son las que se defienden mejor;

2º) Las células nerviosas, bajas o elevadas, se defienden mejor cuanto más edad tiene el organismo;

3º) Se defienden más completamente cuanto más lento es el ataque a rechazar.

De este modo, a una edad avanzada, sólo las células nerviosas más elevadas serán susceptibles de ser afectadas; entre estas células superiores el impacto sufrido no será destructivo sino que pervertirá la función.

La escala de las edades nos muestra afecciones diferentes en el eje neuronal para cada período de la existencia. Período fetal y primera infancia: afecciones medulares y cerebrales masivas (parálisis e idiotez); primera y segunda infancia: afecciones psíquicas menos profundas (imbecilidad, atraso); a partir de los doce años, afecciones motrices casi suprimidas; de doce a dieciocho años, afecciones de la inteligencia y del carácter, todavía globales pero no totalmente uniformes (predominio de la aprosexia y de las perversiones); a partir de la pubertad: formas confusionales crónicas y demencia precoz, sobre todo en la forma demencial; pasados los veinte años: demencias precoces paranoides, tanto más paranoides cuanto más avanzada sea la edad del sujeto; a los cuarenta años: psicosis alucinatorias, llamadas sistemáticas, con conservación total o subtotal de la integridad intelectual y afectiva. Así, de dos hermanos afectados a edades diferentes, uno hará hacia los veinticinco años una demencia paranoide, el otro hará hacia los treinta y cinco años una psicosis llamada sistemática. Las alucinaciones y los temas ideativos serán sensiblemente los mismos en uno y en otro, pero el primero, a consecuencia de alteraciones globales se convierte en seguida en un pilar de asilo, mientras que el segundo sigue siendo capaz de un rendimiento social, durante mucho tiempo.

Los impactos nerviosos de una misma infección van restringiéndose con la edad. La encefalitis epidémica que en la infancia produce demencia y perversiones, el acercarse la adolescencia produce sobre todo perversiones; hacia los veinte años, produce confusiones alucinatorias crónicas con tendencia paranoide; a edades avanzadas, no parece producir comúnmente más que la aprosexia y la astenia. Las repercusiones cerebrales de la fiebre tifoidea en general sólo son globales por debajo de los quince años. A partir de los veinticinco años, las demencias precoces pierden su forma demencial para revestir

modalidades delirantes, con persistencias afectivas y mentales más extendidas cuanto más tardía es la psicosis. De tal suerte, el síntoma demencia se hace dudoso en numerosos casos y, entre demencia paranoide por una parte y psicosis sistemática por la otra, se extiende una serie ininterrumpida de formas intermedias, serie tan graduada y rica que se puede decir que los casos extremos, diferentes por su tenor, son idénticos por su naturaleza.

La lentitud del ataque es también un factor de sutileza de la lesión; además, favorece el juego de lo que podemos llamar electividades solidarias. De este modo, el período de latencia entre la infección y le psicosis, con la edad, e independientemente de la edad, es un factor de reparto sistemático; en resumen, de sistematización en el sentido neurológico de la palabra. Cuando una misma infección –por ejemplo, la infección puerperal– afecta cerebralmente a varios sujetos de la misma edad, los sujetos con daño cerebral inmediato harán, en caso de cronicidad, trastornos masivos: confusión, demencia afectiva y alucinaciones groseras. La demencia será menos global si los trastornos comienzan tardíamente o proceden con remisiones. En el caso de comienzo tardío o de remisión, los trastornos sensoriales serán en sí menos groseros, lo que ya explicaremos. En resumen, en un género de casos se establece una confusión demencial; en otro, una confusión paranoide. Así, una rapidez de invocación y masividad van a la par. Esta relación directa que observamos entre latencia y sutileza de las afecciones en el conjunto de las psicosis, volveremos a encontrarla en el detalle de los automatismos, correspondiendo a las psicosis más insidiosas los fenómenos más tenues (especialmente el eco del pensamiento).

Las causas de sistematización antes enunciadas (reglas de la edad y de la latencia) no nos parecen actuar sólo en las zonas elevadas del encéfalo y en las funciones superiores, sino también a lo largo de todo el eje neuronal y en las funciones más simples. Las formas neurológicas más sistemáticas se observan en la edad adulta, para una misma forma, los casos más jóvenes son también los menos regulares (Parkinson, esclerosis en placas, etc.). Las excepciones varias que se nos pueden oponer no nos parece que puedan invalidar la regla.

Pero la vulnerabilidad de una célula es función de algo más que su valor jerárquico. Si sólo se tratase de este factor, tendríamos una preponderancia considerable de alteraciones suprarrolándicas y serán raras las alteraciones del diencéfalo. Justamente, el diencéfalo podría bien ser una de las sedes más importantes de nuestro triple automatismo. La vulnerabilidad puede depender de causas estructurales contingentes (queremos decir, sin relación con la función) como relaciones de vecindad, minusvalía por emigración o rechazo en el curso de la organogénesis, vascularización especial: un simple acodamiento vascular podría bastar como causa excitante. Un dispositivo así parece haber explicado el punto de ataque sistemático de la ataxia. El futuro precisará sin ninguna duda estas causas excitantes y no hará conocer otras, pero ya mismo podemos decir que la alucinación crónica está dependiente de la ideación como lo es la hemorragia cerebral.

III. El delirio, reacción secundaria

La idea delirante es la reacción de un intelecto y una afectividad, conservados sanos tanto el uno como la otra (salvo reservas conciliables con nuestra teoría), a los trastornos del automatismo, surgidos espontáneamente y que sorprenden al enfermo, en la mayor parte de los casos, en pleno período de neutralidad afectiva y de quietud intelectual. Vamos a probarlo partiendo de los automatismos más simples: el sensitivo y el motor. Nuestra demostración se aplicará por sí misma ulteriormente al automatismo mental propiamente dicho.

Veremos, por otra parte, que la reacción psíquica queda en gran medida subordinada, en la tonalidad efectiva y en el tenor ideativo, a las cualidades de la sensación original.

1) Dentro del automatismo sensitivo incluimos todos los modos de sensibilidad. En general, varios modos de sensibilidad son afectados simultáneamente. Sin embargo, se encuentran automatismos monocordes.

A veces trastornos exclusivamente olfativos sirven de base a delirios de persecución en sujetos primitivamente desprovistos de toda hostilidad (no paranoicos, diríamos), incluso benévolos, en los que puede ser que la interpretación sea facilitada

por la debilidad mental o la insenescencia (frecuentemente son mujeres viejas), pero sin que ni el debilitamiento intelectual ni las alteraciones seniles del carácter sean tales como para que, en ausencia de alucinación, puedan engendrar un delirio. La intensidad, lo imprevisto, la constancia y la extrañeza de la sensación son las que incitan a estos sujetos débiles o seniles a tender hacia la explicación exógena. Nunca hemos visto que la interpretación hipocondríaca se aplicara al trastorno olfativo aislado, sino solamente la interpretación persecutoria. Si este dato fuera constante, merecería ser comentado.

En uno de nuestros casos el trastorno olfativo parecía estar regido por una lesión periférica (cancroide de la aleta nasal, irritación probable del olfativo por intermedio del trigémino y de la mucosa). La interpretación, por lo tanto, recaía sobre trastornos en cierto modo reales que, en ciertos aspectos, no merecían el nombre de alucinación; pero sea cual fuere la sede del trastorno neurológico basal, siempre es en el punto de llegada a la conciencia que lo psíquico se apodera de él, siendo por lo tanto los mismos los fenómenos afectivos e intelectuales. Veremos, por otra parte, que frecuentemente, ante la presencia de tal pareja de idea más sensación, es imposible juzgar si hay delirio interpretativo sobre sensaciones reales basales, o delirio alucinatorio propiamente dicho. Las causas de ello son que, neurológicamente, existen numerosos estadios entre periferia y centro y, psíquicamente, muchos grados en la interpretatividad. Y por último, que las dosis respectivas de los dos factores son indefinidamente variables.

Este ejemplo de alucinación monocorde nos muestra exactamente que la relación entre automatismo e ideas es la misma, ya se trate de automatismos sensitivos de orden sensorial, cenestésico o emotivo, de un automatismo motor, o del automatismo mental propiamente dicho, cuyas formas serán precisadas ulteriormente. En todos los casos el delirio no será más que una reacción casi obligatoria del psiquismo conservado intacto (salvo complicaciones muy especiales) a trastornos neurológicos de orden inferior y de características subjetivamente insólitas artificiales.

El prurito ligado a las dermatosis puede provocar la idea de persecución, lo mismo ocurre, *a fortiori*, con las sensaciones bizarras, sin causalidad objetiva, que se definen por comparación con picaduras, corrientes o corpúsculos pulverulentos. La explicación de tales sensaciones por medio de influencias exteriores se observa en estado experimental, por así decirlo, en psicosis tóxicas agudas (cocainismo y cloralismo).

La idea de persecución puede surgir también de trastornos sensitivos monocordes de sede interna. En la enferma del trastorno olfativo ya citada, existía un trastorno sensitivo visceral: disnea paroxística ligada a un enfisema, con congestión de las dos bases y alteración cardíaca. Ella atribuía sus sofocaciones a gases que le enviaba una vecina, que detectaba a través de su olfato: reacciones protectoras ingenuas, resignación. Ninguna otra alucinación.

II) Generalmente, los trastornos cenestésicos son múltiples y polimorfos. Frecuentemente, son provocados por una lesión visceral auténtica, localizada o difusa. Se prestan muy especialmente a la interpretación porque son innumerables, variados, indecibles, angustiantes por sí mismos, frecuentemente enigmáticos en todos los casos.

a) Si antes de los trastornos cenestésicos intensos, el sujeto ya estaba predispuesto a la hipocondría, su delirio está trazado por anticipado. Se inclinará también a la hipocondría si presenta las siguientes diátesis: neurastenia, morosidad congénita, tendencia obsesiva fundamental, tendencia interpretativa hasta entonces difusa. Estas modalidades, cuyas definiciones diferenciales lamentamos no poder dar aquí, producirán todas el siguiente resultado: introspección subcontinua, interpretación subansiosa.

La extrañeza de las explicaciones corresponde a la extrañeza de las sensaciones. Esta extrañeza de las sensaciones es un estimulante muy especial para la imaginación, y pone en juego todas las latencias supersticiosas, pues basta un poco de inquietud pera conmover los escepticismos más firmes en apariencia. Le ingenuidad de las explicaciones adoptadas, no siempre está rigurosamente relacionada con el grado de inteligencia o de cul–tura del delirante. Que las doctrinas del momento y la actualidad misma influyen sobre el repertorio de las ideas explicativas es un hecho de los más conocidos.

El hipocondríaco simple alegará una enfermedad inverosímil o por lo menos inexistente, a veces también alegará, como presente, una lesión futura, cuyo germen, solamente, determina en él una repercusión vagosimpática enorme. El hipocondríaco simple (o sea, sin persecución ni posesión propiamente dichas) puede invocar trastornos fantasmagóricos (ranas, serpientes); los casos de creencia de una transformación total del organismo son raros, complejos y ambiguos.

b) Menos inquieto pero más constructivo que el hipocondríaco es el poseído. Cree llevar dentro de sí mismo seres inteligentes (zorros, diablos, etcétera).

Algunas veces, el poseído puede no ser ni hipocondríaco ni perseguido. Una mujer de cuarenta y cinco años aloja en su abdomen un personaje al que siente bajar, subir, mover el útero, cambiar de volumen, que le da placeres sensuales y que le habla con amor. Es un médico del que ha sido paciente (posesión con erotomanía y erotismo). Acosa entonces con persecuciones amorosas al médico cuyo doble tiene en el vientre. Internada, es operada pocos meses después por un cáncer de útero, manifiestamente punto de partida de todo el síndrome. Deben destacarse las características positivamente agradables de las sensaciones patológicas premonitorias del neoplasma. La relación de las alucinaciones ideoverbales (en este caso alucinatorias psicomotrices) con los trastornos sensitivos será comentada luego.

La posesión interna de naturaleza agradable puede ser completada por la interpretación mística, con o sin erotismo.

Sensaciones kinestésicas de todo género (gestos involuntarios, levitación, etc.) pueden dar lugar e un sentimiento de posesión, pero esta vez de posesión externa. Lo mismo ocurre con sensaciones emocionales sin causa, espontáneas, no previstas por el enfermo y no reconocidas por él como propias. Estas parestesias delicadas se ven sobre todo en los delirios muy justamente llamados *de influencia*, forma sutil de la posesión exterior.

c) La tendencia a la explicación exógena, ya visible en la idea misma de posesión, puede acentuarse y desarrollarse como idea de persecución; los sapos y los gusanos pueden no haber sido ingeridos por azar sino introducidos durante el sueño por un brujo. La noción de malevolencia completa la exogenia. El envenenamiento, que para el hipocondríaco es sólo una mala suerte, será, para el perseguido, la obra de un traidor; los malestares internos serán causados por una influencia eléctrica, etc. De esta manera, transiciones continuas enlazan los delirios de hipocondría, de posesión y de persecución. Estas transiciones se observan en el orden sensitivo, en el orden afectivo y en el orden ideativo. En efecto, la elección o el rechazo de uno u otro de los tres modos de explicación, o su mezcla, dependen: 1º, de las modalidades Intrínsecas de le sensación inicial; 2º, del carácter previo del sujeto; 3º, de sus ideas y de las ideas ambientales.

III) Las alucinaciones visuales muy rara vez se dan aisladamente. Aisladas o asociadas a otras alucinaciones, difieren de ellas en que la noción de su irrealidad forma parte de su apercepción. Son intrínsecamente neutras, la ansiedad las disipa, un estado de euforia las favorece; es por esa razón que prosperan en los delirios místicos, no derivan consecutivamente de ellos, sino que se les asocian por congruencia; su relación con el tono psíquico es el mismo que existe en las psicosis agudas entre el estado neutro o eufórico y las visiones liliputienses.

La alucinosis, es decir, la producción crónica en un sujeto de alucinaciones de uno o varios sentidos, nos da el prototipo exacto de la base de las psicosis alucinatorias crónicas llamadas *sistemáticas progresivas*. Todo sistema de ideas, especialmente toda novela de persecución, está ausente de ellas. Es el pedestal que espera a la estatua. La alucinosis se acompaña de un estado afectivo neutro o incluso ligeramente eufórico, y no puede ser de otro modo, pues si apareciera un estado afectivo penoso o positivamente eufórico, resaltaría de ello una construcción ideativa. Aquí tampoco se trata de una relación de consecuencia, ni siquiera indirecta, ni de una relación de causa común, sino de una *relación de congruencia*: un género de relación muy frecuente en psicología. Sin embargo, la relación de causa común entre automatismo mental y euforia debe ser admitida en numerosos casos, sobre todo los observables en mujeres viejas, en los que se constatan influencias suaves, voces amistosas, temas muy ligeramente orgullosos y sin delirio. La excitación y el automatismo son entonces función de una misma

causa histológica, pero insistir en este punto nos llevaría a hablar de las modificaciones adquiridas del humor y del carácter, lo que complicaría prematuramente el esquema (automatismo y carácter propicio a nuestra demostración).

En las alucinaciones ligeramente eufóricas, con frecuencia el sujeto sufre los fenómenos (especialmente los de orden mental) sin buscar una explicación. Las sufre con un leve asombro, sin que le inquieten en absoluto los dudas sobre su realidad; a veces cree en una tentativa inocente de procurarle una locura artificial. Se producen todas las combinaciones ideativas por conciliación entre las dos tesis de realidad o de falsedad de los fenómenos. En general, el sujeto termina por ceder a las explicaciones, todas fantásticas, que se ofrecen y que se le imponen; no se puede trazar una demarcación entre credulidad y delirio.

IV) La constructividad delirante tiene por causas: primero, la forma afectiva del sujeto (pesimismo, optimismo, hostilidad; en segundo lugar, su forma intelectual (tendencia interpretativa o imaginativa, con frecuencia las dos juntas); y en tercer lugar, la concordancia entre la tonalidad alucinatoria, por una parte, y las disposiciones afectivas e intelectuales, por otra.

Es evidente que una alucinación dada hará prosperar el orden de ideas con el que concuerde y al que llame, por sus modalidades intrínsecas. Además, la intensidad de la alucinación contribuirá a la intensidad del delirio. Por otra parte, una tendencia a tal género de interpretación subyace a la forma del psiquismo: hipocondría, paranoia. La paranoia, por ejemplo, favorece la interpretación exógena de las voces mentales, ayuda a objetivarlas, aun cuando sus características sensoriales son incompletas, en definitiva ayuda a personificar a sus autores.

En resumen, la naturaleza y la riqueza de la construcción delirante son función de tres órdenes de causas: modalidades alucinatorias, modalidades psíquicas y congruencias entre distintas modalidades.

IV. Sede de las sensaciones parásitas

Las alucinaciones deben asentarse entre las zonas más elevadas, donde reside la representación del yo y cuya inhibición engendra la idea de negación corporal, la pérdida de la visión mental, etcétera.

I) Las alucinaciones de sede más central, o al menos las más próximas al centro, deben ser las más complejas en sí, y *muy a menudo estar asociadas*.

La solidaridad del triple automatismo sin duda se explica por identidades estructurales que constituyen causas excitantes comunes. Identidades que, por sí mismas, se deberían a la equivalencia de las funciones y a la igualdad de los niveles. Pero la identidad de estructura, más o menos completa, que engendra una receptividad común, puede recentrarse, como fortuitamente, en neuronas (o equivalentes de la neurona) muy diferentes por la función y el grado. La receptividad común puede estar basada en motivos indiscernibles: existe para tal reactivo y no existe para tal otro; tal tóxico hace una selección que otros no hacen; cada tóxico tiene su mapa especial de impregnación histológica; las reacciones solidarias de dos puntos dados pueden provenir de semejanzas para nada lógicas; la misma llave puede abrir dos cerraduras diferentes y no es forzoso que todas las puertas de un piso tengan la misma llave. De este modo, en las psicosis agudas, las mismas sensaciones puntiformes son provocadas, con muy débiles diferencias, por la cocaína y el cloral, y existen –lo que es notable– tanto en el terreno del tacto como en el terreno de la visión.

Después de la identidad lógica, después de la identidad fortuita, la simple contigüidad entre dos tractos dados puede explicar su solidaridad mórbida, en caso de trastorno vascular o de otro tipo, por un mecanismo análogo al que explica los síndromes neurológicos alternos.

De este modo, la asociación de las alucinaciones, al igual que su nacimiento, se explica por causas orgánicas y no por la ideogénesis.

II) ¿En qué estrato del neuroeje residen las neuronas (o, en lugar de las neuronas, los sistemas) afectadas por el automatismo? ¿Zona rolándica y zonas corticales del mismo orden? ¿O zonas corticales funcionalmente superiores? ¿Zonas subcorticales, núcleos grises del diencéfalo? Actualmente, ninguna región parece que deba ser excluida. Alucinaciones psicomotrices verbales en los P.G. han tenido claramente por origen una lesión del pie de F.3; afectados el mismo tiempo de trismus, presentaban una lesión del bajo de la

frontal ascendente. Por otra parte, hay trastornos sensitivos que pueden residir en las capas ópticas y trastornos motores residentes en el cuerpo estriado. El hecho de que la electrización rolándica en trepanados haya podido producir la ilusión de movimientos voluntarios, parece colocar en un lugar distinto al plano rolándico los movimientos alucinatorios, que, justamente, aparecen como involuntarios: pero quizás la electrización sobrepasaba la célula rolándica. Por otra parte, los P.G. antedichos sentían como impuestos los movimientos verbales y el trismus.

Quizás nuestras localizaciones topográficas son groseras, demasiado groseras para el género de función, como lo eran antaño, y por la misma causa, las localizaciones psíquicas de los frenólogos, con trastornos de transmisión, cuya edición alteraría la síntesis final, mientras que fallas y desvíos en la serie de las transmisiones trastornarían la anexión al yo.

III) ¿Suministra el análisis clínico inducciones a favor de una diferencia entre la percepción normal y la percepción ilusoria? Apuntaría en favor de esta hipótesis el hecho de que en la percepción ilusoria ni el número ni el orden de los elementos puestos en juego serían los normales.

Las sensaciones alucinatorias, incluso muy simples, aparecen en el mayor número de los casos como extrañas y como extranjeras: extrañeza intrínseca y extranjería casi inmediatamente supuesta. Son extrañas, dicho de otro modo, insólitas, inefables e indecibles, de apariencia totalmente artificial.

Las sensaciones internas de los perseguidos no se parecen enteramente a las sensaciones normales; las de los hipocondríacos, aunque también complejas, son, el parecer, de una calidad más verosímil, y es por ello que, por una parte, la interpretación exógena no se le agrega y, por otra, que su repercusión sobre la vitalidad del sujeto es más grave.

La identidad total de la alucinación con la percepción real ha sido admitida en otro tiempo por dos escuelas antagonistas, y por dos motivos exactamente inversos: unos considerándola surgida de la percepción, y los otros de la imaginación, admitiendo todos que, ya sea en un trayecto ascendente o en uno descendente, ésta lograba ocupar íntegramente los dos términos opuestos de la sensación y todo el espacio comprendido entre ellos.

La noción de los relés que sobrevive a la teoría de la neurona, nos suministre una solución mixta o, para decirlo mejor, intermedia. La conmoción artificial primitiva puede residir en uno de los relés interpuestos entre la periferia y el centro, o en uno de los recorridos situados entre los relés. El *primum patiens*, en la alucinación, con mayor frecuencia, no sería ni central ni periférico, sino intermedio; y por otra parte, en general, muy próximo al centro.

Los matices diferenciales que existen subjetivamente de entre alucinación y sensación normal, resultan de sumas, de lagunas y de mezclas testificadas tanto por las locuciones extravagantes como por les hipótesis absurdas del alucinado.

Las sensaciones alucinatorias son generalmente menos agudas, menos precisas y menos dolorosas. El alucinado se queja de un sufrimiento que no localiza claramente y que, después de pasar, deja totalmente sano e intacto el lugar perjudicado. De ahí la idea de reparación de órganos o de resistencia sobrenatural. Por otra parte, la repercusión emotiva de los suplicios que dicen sufrir es mediocre: la prueba está en el buen estado de salud global y también en el *confort* moral de nuestros alucinados asilares, salud y *confort* que arruinarían en algunos momentos una odontalgia, una migraña o una ciática. La prueba también está en la poca energía de sus rencores (teniendo en cuenta la gravedad de sus afrentas); son muchos los alucinados que acusan al médico asilar de torturarlos por la noche y que, sin embargo, lo reciben bien durante el día. La intensidad de los odios en algunos de los alucinados y su tendencia a las reacciones se explican por complicaciones de fondo, o episódicas (paranoia, ansiedad o excitación).

La objetivación de las sensaciones alucinatorias parece menor que la de las sensaciones normales, para todos los trastornos, excepto los auditivos, que deben ser tratados aparte. A menudo los enfermos no dudan de le realidad de sus suplicios, sin embargo actúan como si dudasen.

La suposición de que el elemento dolor pueda estar ausente de la sensación dolorosa misma,

parece un sinsentido. Sin embargo, dicho fenómeno ha sido notado muchas veces en el eterismo y en otras intoxicaciones: existen dolores percibidos y sin embargo no asimilados. Tal disociación e incompletud muy bien podría realizarse, por lo menos en cierto grado, en nuestros enfermos.

Por otra parte, la emoción ansiosa sólo existe en estado reducido, como acompañamiento de los dolores alucinatorios; la inquietud de fondo de nuestros enfermos lo prueba. Algunos enfermos presentan alucinaciones de orden afectivo, bajo la forma de emociones espontáneas y no reconocidas como personales, pero éstos no son más que fenómenos paroxísticos.

De este modo, en la mayor parte de las sensaciones alucinatorias de los crónicos, existe un carácter particular de incompletud. Esta incompletud parece ser la traducción de una puesta en juego no integral ni regularmente seriada de elementos receptivos conexos. En una especie de carrillón dispuesto en gama ascendente, ya sea que la puesta en juego tenga como punto de partida un elemento intermedio y se propague de izquierda a derecha, ya sea que se propague solamente de un lado, de todas maneras, la sensación de la gama perfecta será perturbada. En la objetivación imperfecta, serán percibidas lagunas, a la vez que el orden de acción de los relés usuales será reconocido como pervertido.

Algunos intoxicados agudos parecen objetivar totalmente las sensaciones visuales, pero sus neuronas periféricas pueden ser tocadas directamente por el tóxico y, por otro lado, su discernimiento se ve disminuido por prevención afectiva (ansiedad) o un poco de obnubilación.

IV) El carácter de extranjería se liga íntimamente a la extrañeza. Este carácter de extranjería puede ser inmediato, es decir, puede formar parte de la misma sensación; tal es el caso de las visiones que se presentan ordinariamente como irreales y luego se interpretan como provocadas por influencia. Numerosos trastornos motores y verbales se presentan de entrada como impuestos, evidentemente porque les falta la graduación usual en la emisión o en la recepción.

V) Nuestra hipótesis supone la existencia de una kinestesia intracerebral, o, mejor dicho, intraneural, que le permitiría al subconsciente percibir, topográficamente, el estadio en que reside une conmoción aislada, o primitiva, dentro de un circuito compuesto de células y de tractos fisiológicamente solidarios. El hecho de que una célula intermedia fuese primariamente conmocionada daría lugar a una sensación inusitada: lo mismo ocurriría, y *a fortiori*, con el hecho de que una conmoción primitiva recaiga sobre un tracto en lugar de recaer sobre una célula. La puesta en juego prematura o aislada, o invertida, de tal o cual punto intermedio engendraría una impresión de artificiosidad: impresión espontánea que completarían los juicios. Este mecanismo nos parece general: lo volveremos a encontrar como sustrato de la alucinación psíquica.

VI) Es singular que los dolores de los tabéticos, que son extraños, dan lugar raramente a construcciones delirantes; pero su intensidad, por una parte, y su acompañamiento emocional, por otra, los toman propicios a la hipocondría legítima y racional mucho más que a la hipocondría delirante, y mucho más aún que al delirio de persecución (aunque se hayan producido ejemplos de tales delirios).

Del mismo modo, hay en los cancerosos dolores agudos que raramente dan origen a delirios, mientras que parestesias prodrómicas soportables dan origen a enormes delirios.

Puede destacarse que las parestesias tabéticas, en cuanto a la sede, son relativamente periféricas, y que las sensaciones mórbidas incitan tanto más a la interpretación cuanto más centrales son, sin duda porque los caracteres de inefabilidad e incompletud van creciendo de la periferia al centro.

Se puede plantear, a propósito de los delirios tabéticos, la misma pregunta que a propósito de ciertos delirios de sustrato periférico. ¿Se los debe considerar como interpretativos solamente, o son alucinatorios? ¿Se llamará interpretativa a la porción del delirio en los trastornos sensitivos y alucinatoria a la basada en los trastornos sensoriales? Para los trastornos sensitivos mismos, ¿se sabe siempre en qué nivel se detiene la lesión ascendente?

En todos los casos, ya se trate de interpretaciones sobre datos sensitivos banales o sobre datos sensitivos raros, o bien sobre datos sensoriales, el trabajo intelectual es el mismo. Sólo hay una diferencia en el grado de aptitud interpretativa puesta en juego: espontánea, activa e innata en un caso; provocada, creada, impuesta en el otro; este último caso es el de los delirios alucinatorios propiamente dichos.

V. Automatismo ideativo e ideoverbal

Esta porción de nuestro programa será objeto de un segundo artículo.

I) Mostraremos que los trastornos ideativos, ideoverbales y sensoriales, tomados en bloque o examinados en detalle, tienen un origen mecánico y un desarrollo mecánico, que se presentan a la conciencia como elementos espontáneos, autónomos y parasitarios, que sirven de base a una cogitación reaccional y racional, exactamente igual que los fenómenos sensitivos o motores, y que la disposición sistemática de las ideas –curiosa desde la perspectiva de lo pintoresco, importante desde la perspectiva social– desde la perspectiva patogénica es un fenómeno de último orden.

Pero hay más. Buena parte de la ideación no está construida por la reflexión del sujeto, sino que se elabora mecánicamente en el subconsciente, revelándose a la conciencia sólo por sus resultados últimos, dispuestos y organizados, a menudo de naturaleza imprevista y de calidad importuna. Reina entonces junto al sujeto, simultáneamente con una ideación autónoma y coherente, además progresiva, que se podría llamar neoplásica.

En este estadio, la ideación delirante del sujeto puede escindirse teóricamente, en dos partes: una personal, reactiva y no mórbida, la otra parasitaria y a menudo antagonista. La primera es una reacción a diversos automatismos. La segunda es íntegramente automática.

Entre estas dos personalidades tienen lugar intercambios continuos, efectivos e ideativos.

El triple automatismo señalado al principio, sobre el que ha desarrollado una ideación delirante pero en sí misma fisiológica, se completa así con un automatismo ideativo, patológico en todos los puntos.

II) Para no apartar por más tiempo el término precioso de automatismo de sus distintos sentidos generales, nos hemos esforzado por encontrar un nombre especial para el síndrome descripto más arriba. Los nombres de *automatismo basal* y de *pequeño automatismo* no nos parecen suficientes. Otros, propuestos luego por colegas partidarios de nuestra teoría, nos perecen igualmente rechazables. Proponemos provisoriamente la locución "Síndrome de Pasividad". Esta locución tendría por lo menos la ventaja de designar los fenómenos en su momento cercano a su comienzo, a saber, el momento de su emergencia en la conciencia. El término de automatismo los toma aún antes, pero es demasiado comprensivo, y sería bueno reservarlo para determinismos más vagos o más vastos. Todos los otros términos que nos sean propuestos no serían aceptables, a nuestro parecer, a menos que designen el proceso en acción y sorprendido en estado naciente, y no sus aspectos tardíos, ni menos aún sus resultados.

El término de *pasividad* tiene además la ventaja de aplicarse también a la ideación segunda que llamamos neoplásica, puesto que, en cuanto al sujeto, es sufrida.

El síndrome de pasividad es un conjunto de fenómenos totalmente orgánicos: la psicosis que resulta de ellos es de naturaleza mecánica tanto en el punto de partida como en el desarrollo. La personalidad psicológica primaria, los procesos psicológicos propiamente dichos no aparecen allí sino subsidiariamente. El ideogenismo es expulsado de todas las funciones fundamentales, sólo sobrevive en los detalles.

III) El síndrome de pasividad, en su comienzo, sorprende al sujeto en un estado afectivo neutro. Los mismos trastornos iniciales, en un gran número de casos, son neutros: parestesias, en el orden psíquico, eco del pensamiento y enunciación de los actos en el orden mental. En ese último orden el tenor inicial neutro es de regla. El desarrollo rápido e intenso de las ideas hipocondríacas, místicas o de persecución sólo tiene lugar allí donde las tendencias aferentes preexistían y en proporción a dichas tendencias. Un delirio de persecución rico y animado presupone una paranoia independiente o un delirio interpretativo ya en curso. La psicosis de Magnan, en la que se hallan reunidas la

alucinación, la interpretación y la hostilidad, en un máximo de realización, resulta así ser una simbiosis.

El carácter paranoico es, en principio, congénito. Sin embargo, a veces es adquirido y puede ser relacionado entonces con la misma infección lejana que es la fuente de los automatismos. También un delirio interpretativo propiamente dicho puede tener la misma fuente. Por último, los síndromes de pasividad, pueden estar acompañados de euforia simple o de euforia con mentismo, de una verdadera excitación a la vez discreta y crónica; excitación eufórica que subsiste aún en casos de ideas de persecución o de posesión muy activas. Estos estados adquiridos son independientes del síndrome y sin embargo están emparentados con él por comunidad de origen.

La misma psicosis de Magnan puede presentarse todavía de una forma más compleja que la descripta; en efecto, puede nacer en un psiquismo no sólo paranoico o interpretativo, sino también afectado de mitomanía, de perversidades pasionales (querulencia, erotomanía, celotipia) se injertan a título subsidiario sobre la psicosis fundamental, mientras que, en tantos alienados, viven en estado autónomo. La psicosis es, entonces, una simbiosis más compleja, pero fácilmente descomponible en sus partes. Sigue siendo una unidad clínica, pero desde un punto de vista estrictamente patogénico, es un síndrome de síndromes.

Nuestra concepción ayuda a comprender la variedad de los casos clínicos. Mostraremos además que es una ayuda para el examen de todo caso clínico.

IV) El origen puramente mecánico y la elaboración igualmente mecánica que atribuimos a las psicosis alucinatorias progresivas llamadas sistemáticas, nos parece que también pueden ser atribuibles a los delirios interpretativos puros e incluso a los delirios dogmáticos. Pero el desarrollo de esta concepción no podrá siquiera ser abordado en el artículo siguiente, reservado a la ideación de las psicosis alucinatorias.

ALEJANDRO J. ROSTAGNOTTO
LIC. EN PSICOLOGIA
M.P 2158 Mat. Jud. 231

Índice

La constitución del concepto freudiano de psicosis - Revista *Malentendido* Nº 2 3
Fundamentos de la clínica 9
Capítulo I - Pinel 13
Capítulo 12 - Kraepelin antes de 1900 23
Demencia precoz, o el grupo de las esquizofrenias (Fragmentos seleccionados por la Cátedra) 32
Las psicosis pasionales. Discusión 64
Escritos psicopatológicos (Fragmentos) 67
Paranoia (Lección 15) 94
La locura sistemática (paranoia) 100
Síntomas del delirio de interpretación 118
El delirio de la reivindicación 128
La psicosis alucinatoria crónica 135
III Lección - Demencia precoz 145
Las psicosis irreversibles (Demencia precoz) 150
Parafrenia (Capítulo XIII) 164
Psicosis basadas en el automatismo (Primer artículo: 1925) 191